

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Instrucciones para completar el suplemento

Usted indicó que padece una discapacidad. Las reglas que gobiernan discapacidad exigen que la invalidez haya durado por lo menos 12 meses o que se espere que durará 12 meses.

El Servicio de Evaluación de Discapacidades de MassHealth (*Disability Evaluation Service, DES*) evaluará su discapacidad. Por eso es **muy importante** que usted **complete** el Suplemento de Discapacidad para Adultos de MassHealth, adjunto.

Para que pueda recibir MassHealth a causa de su discapacidad, usted nos tiene que proporcionar lo siguiente:

- información acerca de sus proveedores médicos (los médicos e instituciones médicas donde usted ha recibido tratamiento); y también
- información sobre usted: su historia de trabajo de los últimos 15 años, sus antecedentes académicos y sus actividades cotidianas.

Al completar el Suplemento de discapacidad usted nos proporcionará esa información y al mismo tiempo nos ayudará a tomar una decisión sin demora.

Sírvase leer las siguientes instrucciones antes de comenzar.

- Complete el suplemento lo mejor que pueda a máquina, en letra de imprenta o legiblemente a mano.
- Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica **para cada uno de los médicos** que haya enumerado en el suplemento.

Después que usted haya completado el suplemento y lo haya entregado en el Centro de inscripción de MassHealth de su localidad, el suplemento será enviado al DES para fines de evaluación. El DES le pedirá sus expedientes médicos a cada uno de los médicos que usted haya nombrado. Si se requiere más información o más exámenes, un representante del DES se comunicará con usted.

Será mucho más rápido el proceso de determinación de su elegibilidad si completa **todo** lo solicitado en el suplemento. Si tiene preguntas o necesita ayuda con el suplemento, comuníquese con un representante de elegibilidad de MassHealth en el teléfono indicado más abajo. También puede llamar a la Línea directa de ayuda con el Suplemento de discapacidad del DES para que le ayuden a completar el suplemento. El teléfono es 1-888-497-9890.

Representante de elegibilidad de MassHealth

(_____)_____
Número de teléfono

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Comuníquese con su Centro de inscripción de MassHealth si necesita ayuda con este formulario. También puede llamar a la Línea de Suplemento de discapacidad (DES) al 1-888-497-9890.

Información sobre la persona que reclama discapacidad.

Nombre [apellido(s) nombre(s)]		Número de Seguro Social - -	
Dirección		Fecha de nacimiento ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ciudad/Población	Estado		Código postal
Nombre del jefe de familia (si es otro)	Número de Seguro Social del jefe de familia	Número de teléfono ()	

Complete todas las secciones de este formulario. Si no completa algunas secciones, es posible que no podamos decidir si está discapacitado.

Es posible que tengamos que hacerle una cita para un examen médico. ¿Cuáles son los mejores días y horarios? Marque dos opciones.

<input type="checkbox"/> Lun. (mañana)	<input type="checkbox"/> Mar. (mañana)	<input type="checkbox"/> Miér. (mañana)	<input type="checkbox"/> Jue. (mañana)	<input type="checkbox"/> Vier. (mañana)
<input type="checkbox"/> Lun. (tarde)	<input type="checkbox"/> Mar. (tarde)	<input type="checkbox"/> Miér. (tarde)	<input type="checkbox"/> Jue. (tarde)	<input type="checkbox"/> Vier. (tarde)

Parte 1. Información acerca de sus problemas de salud

1a. Nombre y describa todos sus problemas médicos y psicológicos. Si está recibiendo tratamiento para el problema, por favor díganos que tipo de tratamiento.

1b. Si estos problemas le causan dolor, díganos dónde le duele y díganos cuáles actividades le cuesta trabajo hacer. (Si necesita más espacio escriba en una hoja de papel aparte.)

2. ¿Cuándo le comenzaron las molestias de esos problemas? Fechas: _____

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 1. Información acerca de sus problemas de salud (cont.)

3. Díganos el nombre de las medicinas que toma y cuantas veces al día. (Asegurese de incluir medicamentos de venta con receta y que no necesita receta.)

Medicina	Cuántas veces al día	Costo mensual	Describa cualquier efecto secundario.

4a. ¿Está trabajando? Sí No

4b. Si **no** está trabajando, ¿cuándo dejó de trabajar? Fecha: _____

4c. ¿Dejó de trabajar a causa de problemas de salud? Sí No Si respondió "Sí", explique: _____

4d. Explique por qué sus problemas actuales de salud le impiden trabajar. _____

4e. Cuando trabajaba, ¿sus problemas de salud lo obligaron a cambiar:

Sus deberes del trabajo? Sí No Si respondió "Sí", explique: _____

Su horario de trabajo? Sí No Si respondió "Sí", explique: _____

Su asistencia? Sí No Si respondió "Sí", explique: _____

Alguna otra cosa relacionada con su trabajo? Sí No Si respondió "Sí", explique: _____

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 2. Información acerca de sus médicos, hospitales, centros de salud y clínicas (Incluya el nombre de todas las personas que le ayudan, como el terapeuta, asistente social o consejero.)

Si actualmente ningún médico lo está tratando debido a algunos o todos sus problemas médicos y de salud mental, marque esta casilla:

Sírvase completar la siguiente información referente a cualquier atención médica que haya recibido desde que comenzaron sus problemas de salud. Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel aparte.

1. Nombre del proveedor de cabecera o médico (si lo tiene):	
Motivo de la consulta:	¿Con qué frecuencia lo ve?
Dirección completa del lugar donde lo trataron:	Nº de teléfono: ()
¿Cuándo fue la última consulta? <input type="checkbox"/> último mes <input type="checkbox"/> últimos 6 meses <input type="checkbox"/> último año <input type="checkbox"/> más de un año	

2. Nombre del médico, hospital, centro de salud u otros:	
Motivo de la consulta:	¿Con qué frecuencia lo ve?
Dirección completa del lugar donde lo trataron:	Nº de teléfono: ()
¿Cuándo fue la última consulta? <input type="checkbox"/> último mes <input type="checkbox"/> últimos 6 meses <input type="checkbox"/> último año <input type="checkbox"/> más de un año	

3. Nombre del médico, hospital, centro de salud u otros:	
Motivo de la consulta:	¿Con qué frecuencia lo ve?
Dirección completa del lugar donde lo trataron:	Nº de teléfono: ()
¿Cuándo fue la última consulta? <input type="checkbox"/> último mes <input type="checkbox"/> últimos 6 meses <input type="checkbox"/> último año <input type="checkbox"/> más de un año	

4. Nombre del médico, hospital, centro de salud u otros:	
Motivo de la consulta:	¿Con qué frecuencia lo ve?
Dirección completa del lugar donde lo trataron:	Nº de teléfono: ()
¿Cuándo fue la última consulta? <input type="checkbox"/> último mes <input type="checkbox"/> últimos 6 meses <input type="checkbox"/> último año <input type="checkbox"/> más de un año	

5. Nombre del médico, hospital, centro de salud u otros:	
Motivo de la consulta:	¿Con qué frecuencia lo ve?
Dirección completa del lugar donde lo trataron:	Nº de teléfono: ()
¿Cuándo fue la última consulta? <input type="checkbox"/> último mes <input type="checkbox"/> últimos 6 meses <input type="checkbox"/> último año <input type="checkbox"/> más de un año	

Por favor llene completamente uno de los siguientes Formularios de autorización para divulgar información médica para **cada médico**, hospital, centro de salud o clínica que haya nombrado arriba. No se olvide de firmar y fechar cada formulario. Si necesita más copias de los Formularios de autorización para divulgar información médica, llame a un Centro de inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-997 para al personas con sordera parcial o total).

Yo autorizo al DES para que se comunique con cualquiera de estos proveedores para obtener mis expedientes médicos.

Firma del miembro o solicitante

Fecha

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 3. Información acerca del lugar donde vive

1. ¿Dónde vive? (Marque una opción.)

<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes	<input type="checkbox"/> Casa colectiva <input type="checkbox"/> Sin casa ni hogar	<input type="checkbox"/> Institución estatal <input type="checkbox"/> Centro de enfermería	<input type="checkbox"/> Hospital de rehabilitación <input type="checkbox"/> Otro lugar (explique):
--	---	---	---

2. ¿Vive solo? Sí No

Parte 4. Información acerca de sus actividades

1. ¿Es usted: diestro? zurdo?

2. ¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades? (Marque la actividad correspondiente una vez.)

Actividad	Diario (✓)	Una vez a la semana (✓)	Una vez al mes (✓)	Nunca (✓)	¿Necesita ayuda?
Ir a un restaurante					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir de compras					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir a reuniones					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir al correo					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Visitar al médico					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Visitar amigos					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Visitar familiares					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir al cine					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Leer					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mirar la televisión					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Jugar deportes					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escuchar música					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir a pescar					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Montar en bicicleta					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Jugar boliche					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Jugar juegos					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hablar por teléfono					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artes y manualidades					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ir de cacería					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidar niños					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra actividad (explique):					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si dijo que necesita ayuda con alguna de las actividades mencionadas arriba o si tiene problemas para realizar alguna de esas actividades, explique aquí: _____

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 4. Información acerca de sus actividades (cont.)

3. ¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades? (Marque la actividad correspondiente una vez.)

Actividad	Todo el tiempo (✓)	Frecuentemente (✓)	No muy seguido (✓)	Nunca (✓)	¿Necesita ayuda?
Estar sentado					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estar de pie					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Caminar					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Agacharse					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estirarse					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Levantar peso					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salir afuera					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usar las manos					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si dijo que necesita ayuda con alguna de las actividades mencionadas arriba o si tiene problemas para realizar alguna de esas actividades, explique aquí: _____

¿Se le dificulta: (Si responde "sí" a cualquiera de las tres siguientes preguntas, por favor marque la casilla que mejor describa su problema.)

- Recordar? Sí No Si responde sí, ¿pérdida de la memoria a largo plazo? ¿pérdida de la memoria a corto plazo?
 ¿olvido frecuente? ¿olvido ocasional?
- Ver? Sí No Si responde sí, ¿usa o necesita espejuelos? ¿tiene la visión nublada relacionada con su impedimento visual o medicamento?
- Oír? Sí No Si responde sí, ¿usa o necesita aparatos auditivos?

4. ¿Puede realizar alguna de las siguientes actividades? Marque Sí, No o indique si necesita ayuda para cada actividad.)

Actividad	Sí	No	¿Necesita ayuda?	Actividad	Sí	No	¿Ayuda?
Comprar comida			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manejar dinero			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Planear comidas			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tender camas			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cocinar			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vaciar la basura			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lavar los platos			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Podar el césped			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lavar la ropa			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aspirar			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Limpia			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Si dijo que necesita ayuda con alguna de las actividades mencionadas arriba o si tiene problemas para realizar alguna de esas actividades, explique aquí: _____

5. ¿Tiene licencia de conducir? Sí No

6. Marque todos los medios de transporte que utiliza par ir de un lugar a otro.

<input type="checkbox"/> Manejando coche/carro	<input type="checkbox"/> Caminar	<input type="checkbox"/> Otro método (describa):
<input type="checkbox"/> Tren	<input type="checkbox"/> Autobús	
<input type="checkbox"/> Con amigos o familiares	<input type="checkbox"/> Bicicleta	
<input type="checkbox"/> La camioneta para discapacitados	<input type="checkbox"/> Taxi	

Explique los problemas que tiene para llegar de un lugar a otro: _____

7. ¿Necesita ayuda par ir a diferentes lugares? Sí No

Si respondió "Sí", explique: _____

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 5. Información acerca de su idioma

1. ¿Habla inglés? Sí No ¿Entiende inglés? Sí No
 ¿Lee en inglés? Sí No ¿Escribe en inglés? Sí No
2. ¿Cuál es su idioma primario? _____ ¿Lee y escribe en su idioma primario? Sí No
3. ¿Lee y escribe en otro(s) idioma(s)? Sí No Si respondió "Sí", ¿cuáles idiomas? _____

Parte 6. Información acerca de su formación académica

1. Marque el grado más elevado que completó en la escuela.
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 11 12 GED 13 14 15 16 17+
2. ¿En qué año terminó ese grado? _____ 3. ¿Dónde asistió a la escuela? _____
4. Si completó más de 12 años de escuela, indique su licenciatura y campo principal de estudio. _____
5. Cuando estudiaba, ¿asistió a alguna clase de educación especial? Sí No No sé Si respondió "Sí" o no sabe, quizás le convenga entregar una copia de su expediente escolar con este suplemento.
- Observaciones: _____
6. ¿Posee alguna otra formación? Sí No Si respondió "Sí", marque el tipo de formación y complete las siguientes secciones.

Tipo de formación	Fechas en que asistió	¿Terminó?	Licencia/Certificado
Construcción		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Electrónica		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cocina		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mecánica automotriz		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Computadoras		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Administración		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cosmetología		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Peluquería/barbería		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asistente de enfermera		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otra formación (explique):		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parte 7. Información sobre beneficios

Actualmente o en algún momento recibió beneficios de:		Si respondió "Sí", complete las fechas: Comienzo (mes/año) Fin (mes/año)	
MassHealth	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Discap. del Seguro Social (SSDI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compensación al trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
EAEDC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
TAFDC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 8. Información sobre su trabajo

▶ Si **no ha trabajado** en los últimos 15 años o si **no ha trabajado nunca**, por favor marque aquí y pase a la parte 9.

▶ Si **ha trabajado** en los últimos 15 años por favor marque aquí y llene completamente la parte 8.

1. Nombre todos los trabajos que ha tenido durante los últimos **15 años**. Anote todo lo que recuerde. Empiece con su trabajo actual o el más reciente. (Si necesita más espacio, escriba en una hoja de papel aparte.)

Puesto: _____	Fechas en que trabajó: Desde: _____	Hasta: _____	
	Mes/año	Mes/año	
Deberes del trabajo: (¿qué hacía?) _____			

Número de horas trabajadas por semana: _____			Paga por hora: \$ _____
Motivo por el cual dejó el trabajo: _____			

Puesto: _____	Fechas en que trabajó: Desde: _____	Hasta: _____	
	Mes/año	Mes/año	
Deberes del trabajo: (¿qué hacía?) _____			

Número de horas trabajadas por semana: _____			Paga por hora: \$ _____
Motivo por el cual dejó el trabajo: _____			

Puesto: _____	Fechas en que trabajó: Desde: _____	Hasta: _____	
	Mes/año	Mes/año	
Deberes del trabajo: (¿qué hacía?) _____			

Número de horas trabajadas por semana: _____			Paga por hora: \$ _____
Motivo por el cual dejó el trabajo: _____			

Puesto: _____	Fechas en que trabajó: Desde: _____	Hasta: _____	
	Mes/año	Mes/año	
Deberes del trabajo: (¿qué hacía?) _____			

Número de horas trabajadas por semana: _____			Paga por hora: \$ _____
Motivo por el cual dejó el trabajo: _____			

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 8. Información sobre su trabajo (cont.)

2. ¿Cuáles eran sus principales actividades de trabajo en su trabajo más reciente? (Marque todas las que correspondan.)

<input type="checkbox"/> Manejar <input type="checkbox"/> Limpiar <input type="checkbox"/> Montaje <input type="checkbox"/> Mecnografía <input type="checkbox"/> Servir a personas	<input type="checkbox"/> Operar máquinas <input type="checkbox"/> Mover materiales <input type="checkbox"/> Construir <input type="checkbox"/> Archivar <input type="checkbox"/> Contar y empacar	<input type="checkbox"/> Ayudar a la gente <input type="checkbox"/> Trabajo de oficina <input type="checkbox"/> Reparaciones <input type="checkbox"/> Otra actividad (explique):
--	---	---

3. ¿En su trabajo utilizó alguna de las siguientes cosas? (Marque todas las que correspondan.)

<input type="checkbox"/> Herramientas mecánicas <input type="checkbox"/> Herramientas eléctricas	<input type="checkbox"/> Máquinas de oficina <input type="checkbox"/> Caja registradora	<input type="checkbox"/> Carretilla elevadora <input type="checkbox"/> Otros (explique):
---	--	---

4. Marque el número de horas al día que realizaba las siguientes actividades en su trabajo más reciente.

Actividad	Horas al día								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estar de pie	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estar sentado	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Agacharse	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estirarse	0	1	2	3	4	5	6	7	8

5. Marque el peso más pesado que levantó en su trabajo más reciente:

<input type="checkbox"/> Menos de 10 lbs.	<input type="checkbox"/> 10 lbs.	<input type="checkbox"/> 20 lbs.	<input type="checkbox"/> 25 lbs.
<input type="checkbox"/> 50 lbs.	<input type="checkbox"/> 100 lbs.	<input type="checkbox"/> Más de 100 lbs.	

6. Marque el peso que levantó o cargó con más frecuencia:

<input type="checkbox"/> Menos de 10 lbs.	<input type="checkbox"/> 10 lbs.	<input type="checkbox"/> 20 lbs.	<input type="checkbox"/> 25 lbs.
<input type="checkbox"/> 50 lbs.	<input type="checkbox"/> Más de 50 lbs.		

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

Parte 9: Observaciones y firma

Observaciones y firma del solicitante/afiliado

Utilice este espacio para escribir más información, si lo necesita.

Firma del solicitante/afiliado/representante de elegibilidad/tutor

Fecha

Complete esta parte **solamente** si desea que alguien lo represente.

Representante de elegibilidad:

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (como por ejemplo el padre/madre de un menor de edad, un representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información:

Firma de la persona que está completando este formulario: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Autoridad de la persona que está completando este formulario en nombre del solicitante/afiliado: _____

El DES puede enviar copias de los avisos al representante de elegibilidad. Esta sección **no** autoriza la divulgación de expedientes médicos.

Si necesitó que alguien el ayudara a completar este formulario, por favor responda a las siguientes preguntas y nombre a la(s) persona(s) que le ayudó/ayudaron y su parentesco con esa persona (si fuese el caso).

1. ¿Necesitó ayuda para completar este formulario? Sí No
2. Si respondió "Sí", ¿quién le ayudó? _____
3. ¿Cuál es el parentesco entre usted y esa persona? _____
4. ¿Por qué necesitó ayuda? _____

Únicamente para uso de la oficina Observaciones y firma del representante de la MassHealth

Firma del representante

Fecha